……………………..dn. …………2020 r.

**WNIOSEK
O WSPARCIE SŁUŻB SANITARNYCH ORAZ SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO PRZEZ SIŁY ZBROJNE RP**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **PODMIOT ZAMAWIAJĄCY** |
|  |
|  **2**  | **CO? - ZAKRES WSPARCIA** |
|  |
|  **3** | **OD KIEDY** |
| rok | miesiąc | dzień | godzina |
|  |  |  |  |
| **PILNE\* - realizacja do 8 h** |  |
| **UMIARKOWANE\* - realizacja 8-16 h** |  |
| **MOŻE CZEKAĆ\* - do realizacji 16-48 h** |  |
|  **4** | **GDZIE ? - REJON DZIAŁANIA** |
|  |
|  **5**  | **OSOBA DO KONTAKTÓW** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Nr tel. kontaktowego |  |
| e-mail |  |

**WNIOSKUJĄCY:**

**STANOWISKO ………………………………………..**

**IMIĘ I NAZWISKO ………………………………………..**

**PODPIS ………………….……………………..**

\* Zaznacz właściwe.